Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

INFORME DE INGRESOS PARA PERSONAS QUE TRABAJAN POR SU CUENTA
SELF-EMPLOYMENT INCOME REPORT
Imprima por favor.

1. SU NOMBRE

DATOS PERSONALES

2. NOMBRE DE LA EMPRESA

3. NÚMERO DEL CASO

4. DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

5. INFORME DE INGRESOS (FECHAS)
DE HASTA

INGRESO DE SU FIRMA O EMPRESA

		DSHS OFFICE USE ONLY
1. TOTAL BRUTO DE RECIBOS DE LA EMPRESA	$	
2. OTROS INGRESOS DE LA EMPRESA (ESPECIFIQUE):	$	
3. MONTO BRUTO DE GANANCIAS DE LA EMPRESA (LÍNEA 1 ARRIBA + LÍNEA 2 ARRIBA)	TOTAL $	

GASTOS RELACIONADOS CON LA EMPRESA

1. COSTO DEL PRODUCTO VENDIDO (LLENE LA SECCIÓN COSTO DEL PRODUCTO DEL REVERSO, Y ENTRE EL MONTO DE LA LÍNEA 8 AQUÍ)	$	
2. COSTOS DE TRANSPORTE (LLENE LA SECCIÓN COSTO DE TRANSPORTE DEL REVERSO, Y ENTRE EL MONTO DE LA LÍNEA 8 AQUÍ)	$	
3. MONTO BRUTO DE SUELDO PARA EMPLEADOS, QUE NO SE INCLUYÓ EN LA SECCIÓN COSTO DEL PRODUCTO. (ENTRE EL TOTAL DE SUELDOS ANTES DE LOS DESCUENTOS. NO ENTRE EL MONTO DE SUELDOS PARA UD., SU CÓNYUGE, U OTRA PERSONA POR QUIEN RECIBE ASISTENCIA.)	$	
4. COMISIONES PARA AGENTES U HONORARIOS PROFESIONALES (PARA CONTADORES, ABOGADOS, VENDEDORES, ETC.)	$	
5. IMPUESTOS PARA EMPLEADOS (ENTRE EL TOTAL DE LA PORCIÓN QUE LE CORRESPONDE CONTRIBUIR AL EMPLEADOR PARA SEGURO DE DESEMPLEO, FICA (SEGURO SOCIAL, ETC.)	$	
6. IMPUESTO COMERCIAL (ENTRE EL TOTAL DE IMPUESTOS RELACIONADOS CON SU EMPRESA, CUOTAS PARA LICENCIAS, ETC.)	$	
7. COSTO DEL LOCAL DE LA EMPRESA (QUE NO SEA SU CASA) a. Alquiler de oficina	$	
b. Teléfono	$	
c. Servicios (agua, etc.)	$	
d. Impuestos (si está comprando)	$	
8. REPARACIONES A LA PROPIEDAD DE LA EMPRESA (EXCEPTO REPARACIONES DE VEHÍCULO; ESPECIFIQUE EL TIPO DE REPARACIÓN)	$	
9. SEGURO DE LA EMPRESA (EXCLUYENDO SEGURO DE VEHÍCULOS)	$	
10. UTENSILIOS DE OFICINA (AVÍOS PARA ESCRIBIR, PORTE DE CORREOS, LIBROS DE CUENTAS, ETC., ESPECIFIQUE LOS ARTÍCULOS)	$	
11. INTERESES SOBRE LAS DEUDAS DE LA EMPRESA (NO ENTRE EL MONTO DE PAGOS APLICADO AL VALOR ACTUAL, O PRINCIPAL)	$	
12. OTROS GASTOS RELACIONADOS CON LA EMPRESA (ESPECIFIQUE): a.	$	
b.	$	
c.	$	
13. TOTAL DE DESCUENTOS (SUME LÍNEAS DE 1 HASTA 12 DE ESTA SECCIÓN)	$	
14. INGRESO BRUTO (RESTE LÍNEA 13, ARRIBA, DE LA LÍNEA 3 EN LA SECCIÓN EMPRESA, PARTE SUPERIOR DE ESTE FORMULARIO; ENTRE EL MONTO AQUÍ Y EN EL INFORME DE INGRESO ADQUIRIDO POR TRABAJO, DSHS 07-042(X))	$	

COSTOS DEL PRODUCTO

		DSHS OFFICE USE ONLY
1. INVENTARIO AL COMIENZO DEL MES (SI FUERA DIFERENTE AL DE FIN DEL MES ANTERIOR, ADJUNTE EXPLICACIÓN - ENTRE VALOR EN DÓLARES)	$	
2. COSTO DE MATERIALES EMPLEADOS PARA HACER EL PRODUCTO (ESPECIFIQUE QUÉ MATERIALES)	$	
3. COSTO DEL PRODUCTO, SI UD. NO LO FABRICA	$	
4. SALARIOS (ANTES DE LOS DESCUENTOS) DE LOS EMPLEADOS QUE FABRICAN EL PRODUCTO. NO INCLUYA SUELDOS DE PERSONAS POR QUIENES RECIBE ASISTENCIA.	$	
5. OTROS COSTOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO (ESPECIFIQUE MÁS ABAJO)		
a.	$	
b.	$	
c.	$	
6. COSTO TOTAL DEL PRODUCTO (SUME LÍNEAS DE 1 HASTA LA 5, DE ARRIBA)	$	
7. INVENTARIO A FIN DE MES (ENTRE EL VALOR EN DÓLARES)	$	
8. COSTO DEL PRODUCTO (RESTE LA LÍNEA 7, ARRIBA, DE LA LÍNEA 6 DE ARRIBA. ENTRE AQUÍ, Y EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO, EN LA SECCIÓN GASTOS, LÍNEA 1)	$	

COSTOS DE TRANSPORTE

1. ENTRE EL TOTAL DE MILLAS QUE CONDUCE EN EL TRABAJO		
2. ENTRE EL TOTAL DE MILLAS QUE CONDUJO ESTE MES (DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO)		
3. PORCENTAJE DE MILLAS QUE CONDUJO POR ASUNTOS DE SU EMPRESA (DIVIDA LAS MILLAS DE LA LÍNEA 1, ARRIBA, POR LAS MILLAS DE LA LÍNEA 2 DE ARRIBA. LA RESPUESTA DEBE SER UN DECIMAL.)		
4. MONTO QUE HA PAGADO ESTE MES POR MANTENIMIENTO O REPARACIONES DE SU VEHÍCULO	$	
5. MONTO QUE HA PAGADO ESTE MES EN TARIFAS DE REGISTROS Y LICENCIAS	$	
6. MONTO PAGADO EN INTERESES POR SU VEHÍCULO ESTE MES	$	
MARQUE UNO ☐ Quiero descontar $.345 por milla por gas, aceite y líquidos. MULTIPLIQUE EL NÚMERO DE MILLAS DE LA LÍNEA 2 POR $.345. ENTRE EL MONTO.	$	
☐ Quiero individualizar los siguientes gastos: Gasolina	$	
Aceite	$	
Líquidos	$	
7. TOTAL DE COSTOS DE TRANSPORTE ESTE MES. SUME LÍNEA 4 HASTA 6, ARRIBA, Y ENTRE EL MONTO.	$	
8. MULTIPLIQUE EL MONTO DE LA LÍNEA 7, ARRIBA, POR EL NÚMERO DE LA LÍNEA 3, ARRIBA. ENTRE AQUÍ Y EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO, EN LA SECCIÓN GASTOS, LÍNEA 2)	$	

MARQUE Y LLENE SI LA DECLARACIÓN APLICA A SU CASO	FECHA DEL ÚLTIMO DÍA TRABAJADO	FECHA QUE VENCE EL INGRESO	MONTO
☐ **Ya no sigo trabajando por cuenta propia.**			$

LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME ANTES DE DEVOLVER SU INFORME

1. Entiendo que debo verificar todo ingreso y descuentos reclamados. Por medio de ésta autorizo al departamento a ponerse en contacto con otras personas o agencias para obtener la información necesaria referente a mi ingreso.

2. Entiendo que la información contenida en este informe podría contribuir a que se reduzca, suspenda o cancele mi concesión.

3. Declaro, bajo penalidad de perjurio, que la información contenida en este informe es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. (Ambos esposos deben firmar si viven juntos.)

SU FIRMA	FECHA	FIRMA DE SU CÓNYUGE	FECHA